

تجارب خانواده از مراقبت بیمار مبتلا به تروما: یک مطالعه کیفی

مینو متقی^۱، فرانک اسدی شریف^{۲*}

^۱دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران؛ ^۲دانشجو، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۲۷ تاریخ پذیرش: ۹۵/۵/۱۷

چکیده:

زمینه و هدف: در بین تمامی نهادها، سازمان‌ها و موسسات اجتماعی خانواده مهم‌ترین، ارزشمندترین و اثر بخش‌ترین، نقش‌ها را داراست که باعث می‌شود وظیفه سنگینی را در نگهداری از بیماران، پس از ترخیص از بیمارستان را داشته باشند؛ بنابراین، مطالعه حاضر به منظور تبیین تجارب خانواده از مراقبت از بیماران ترومایی پس از ترخیص از بخش مراقبت ویژه بیمارستان دکتر فاطمی شهر اردبیل انجام شد. روش بررسی: در این پژوهش از رویکرد کیفی به شیوه پدیدارشناسی استفاده شده است. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف و از میان خانواده بیماران ترومایی ترخیص شده از بخش ویژه بیمارستان دکتر فاطمی شهر اردبیل انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از روش مصاحبه بدون ساختار و عمیق تا رسیدن به اشباع اطلاعات استفاده گردید که در آخر تعداد شرکت‌کنندگان به ۱۳ نفر رسید و تحلیل اطلاعات با روش ۷ مرحله‌ای کلازی انجام شد.

یافته‌ها: تحلیل تجارب شرکت‌کنندگان منجر به شناسایی ۲۴۱ کد اولیه و ایجاد درون مایه شوک اولیه با زیر مفهوم‌های عدم باور وضعیت موجود، مقصر دانستن خود و اطرافیان؛ مواجهه با بیمار و مراقبت با زیر مفهوم‌های احساس ناتوانی در نگهداری از بیمار و تصور سخت و غیرممکن بودن مراقبت از بیمار به عنوان زیرطبقات مواجهه غیرمنتظره قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های به دست آمده، خانواده‌ها با توجه به وضعیت بیمار و شرایط نگهداری آنان در منزل در روزهای ابتدای ترخیص دوران پراسترسی را سپری می‌کنند. یک گام ضروری جهت سازگاری بهتر و حمایت صحیح از این خانواده‌ها، کمک تیم درمان و سازمان‌های دولتی است.

واژه‌های کلیدی: تجارب زندگی، بیماران ترومایی، مراقبت از بیمار.

مقدمه:

می‌تواند در دیگر اعضای آن اضطراب و مشکلات روحی و روانی ایجاد نماید، به خصوص اگر این بیمار در بخش‌های پرتنشی مانند بخش مراقبت ویژه یا اورژانس بستری باشد، این اضطراب و تشویش مضاعف می‌شود (۲). بروز هرگونه بیماری در اعضا، می‌تواند خانواده را وارد بحران کند. بحران خانواده، از هم گسیختگی مداوم، بی‌نظمی یا ناتوانی در سیستم اجتماعی خانواده است. خانواده‌های دارای بحران ممکن است اختلالات جدی در سازماندهی داشته باشند و برای

خانواده ابتدایی‌ترین و مهم‌ترین نهاد جامعه بشری محسوب می‌شود و نقش مهمی در فرایندهای اجتماعی و بهداشت روانی فرد و جامعه ایفا می‌کند. مراقبت خانواده محور به عنوان یک فلسفه مراقبتی است که اهمیت واحد خانواده را به عنوان نقطه تمرکز اصلی در تمام مراقبت‌های بهداشتی به رسمیت می‌شناسد (۱). عوامل متعددی همواره به طور ناگهانی می‌تواند سلامت خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. تحقیقات نشان داده‌اند که بستری شدن یکی از اعضای خانواده در بیمارستان

بازگرداندن ثبات، نیازمند تغییرات اساسی در الگوهای عملکرد دارند (۳). مواجهه با این وضعیت می‌تواند سبب افزایش غم و اندوه، کاهش امیدواری و توانمندی خانواده‌ها شود؛ بنابراین توجه به نیازهای خانواده جهت نگهداری از بیماران بسیار حائز اهمیت است (۴). باید توجه داشت که ابتلا به بیماری‌های تهدید کننده حیات و متعاقب آن بستری شدن در یک واحد مراقبت ویژه در بیمارستان غالباً به صورت غیرمنتظره، بدون هیچ گونه اخطار و هشدار رخ می‌دهد و زمانی برای مهیا و آماده شدن بیماران و خانواده‌هایشان در اختیار آنان قرار نمی‌دهد. این رویداد در بسیاری از موارد برای خانواده‌ها فاجعه آمیز بوده، منجر به بروز آشفتگی و به هم ریختگی عاطفی، اضطراب، شک و تردید و ترسی از دست دادن یک فرد مورد علاقه می‌گردد (۵). خانواده‌ها در طی مراقبت از بیماران، ممکن است با اختلالاتی نظیر حمایت ناکافی، استرس‌ورهای متعدد، سطوح بالای اضطراب، حواشی ناسالم در خانواده، الگوهای ارتباطی نامناسب، ناتوانی در بیان احساسات، مهارت‌های ناکافی حل مساله، نقش‌های نامشخص، الگوهای تکراری تعامل نظیر گلایه از دیگران یا نسبت دادن مسئولیت خود به دیگران مواجه می‌شوند (۶). از نظر پزشکی تروما عبارت است از هر نوع زخم یا آسیب نافذ یا غیرنافذ که در اثر عوامل خارجی به طور عمدی یا غیرعمدی در بدن انسان ایجاد شود. بیماران ترومایی افرادی هستند که دچار مشکلات تهدید کننده حیات مانند اختلالات شدید تنفسی و قلبی، ایست قلبی و تنفسی، مسمومیت‌های شدید، زخم‌های باز قفسه‌ی سینه و خونریزی‌های شدید داخلی و خارجی و می‌شوند (۷).

باتوجه به اینکه حوادث ترومایی همواره در کمین بشر بوده است، به طوری که تعداد زیادی از افراد در طول زندگی خود حداقل یکبار با رویدادهای مهلک مواجه می‌شوند. برخی از محققان مدعی هستند که حوادث ترومایی در بیش از ۵۰٪ افراد (در فراخنای زندگی) به وقوع می‌پیوندد قرار گرفتن در معرض حوادث ترومایی و شدیداً تنش‌زا، می‌تواند اثرات شدید و

حادی را به دنبال داشته باشد (۸). امروزه بر روی قربانیان ناشی از تروما بیشتر از سایر بیماری‌ها کار می‌شود. شناخت تروما، بررسی و درک نوع وقوع یک حادثه در پیشگیری، کنترل، کاهش صدمات و عوارض مهم خواهد بود. تروما به عنوان یک معضل مهم بهداشتی روانی در اکثر جوامع در حال توسعه، مطرح بوده و در افراد زیر ۳۰ سال تروما نسبت به بیماری‌های دیگر، موجب مرگ و میر بیشتری می‌شود (۹).

Ploeg و همکاران در تحقیقی کیفی در زمینه برداشت مراقبین و خانواده آنان از نقش پرستار در مراقبت‌های طولانی مدت انجام داده‌اند. در این تحقیق، خانواده‌های شرکت کننده شامل ۱۵ زن و ۶ مرد بالای ۴۰ سال بودند. اطلاعات از طریق مصاحبه و گروه متمرکز جمع‌آوری شده بود. گروه‌ها در ۲ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای درباره نقش پرستار در خانه و تجارب خود و رضایت از پرستار منزل صحبت کردند. با تجزیه و تحلیل داده‌ها ۲ تم اصلی؛ ارائه مراقبت‌های خانواده محور و افزایش کیفیت مراقبت برداشت شده است. محققین به ضرورت انجام اقدامات بین‌المللی جهت استفاده و بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری در منزل تاکید کردند که باید در تمام سطوح مختلف سیستم مراقبت‌های بهداشتی مورد توجه قرار گیرد (۱۰).

Walsh و همکاران در تحقیق خود، مهم‌ترین نیازهای خانواده بیماران بخش ویژه به ترتیب اهمیت را دریافت اطلاعات، اطمینان، مجاورت، حمایت و راحتی می‌دانند و مهم‌ترین نیاز آن‌ها را نیاز اطلاعاتی به منظور کسب اطلاعات در مورد وضعیت بیمار و نوع درمان‌های مورد استفاده برای بیماران خود مطرح می‌کنند (۱۱). Sayers و همکاران توجه به آموزش‌های پایه روانی اجتماعی و مهارت‌های رفتاری و چگونگی برخورد با بیمار و خانواده برای پرستاران و سایر پرسنل درمانی را لازم می‌دانند (۱۲).

عدم آشنایی خانواده‌ها از نحوه مراقبت احتمال پذیرش مجدد بیماران را در بخش ویژه افزایش می‌دهد. پذیرش‌های مجدد بیمارستانی به علت تأثیر بر هزینه‌ها،

کیفیت مراقبت‌های بیمارستانی و تحمیل بار اضافی به بیماران و خانواده‌ی آن‌ها را یکی از موارد نگران‌کننده برای بیماران، ارائه‌کنندگان مراقبت و بیمارستان‌ها محسوب می‌شوند. باتوجه به ضرورت کاهش هزینه‌های ناشی از بستری مجدد (زود هنگام و طی ۳۰ روز پس از ترخیص) توجه پژوهشگران و متولیان بخش سلامت به سوی یافتن راه‌هایی جهت کاهش پذیرش‌های مجدد بیمارستانی و قابل پیشگیری معطوف کرده است (۱۳).

معمولاً خانواده بیماران ترومایی پس از ترخیص بیمار آن‌ها از بخش ویژه با مشکلاتی در مورد نحوه مراقبت از این بیماران روبرو می‌شود، مشکلاتی که اغلب برای مراقبین قابل حل نبوده و باعث بستری مجدد بیماران در بیمارستان می‌شود. باتوجه به مقدمات فوق مطالعه‌ای با هدف کلی تبیین تجارب خانواده بیماران ترومایی پس از ترخیص از بخش مراقبت ویژه بیمارستان دکتر فاطمی شهر اردبیل در راستای مواجهه با نگهداری از بیماران در منزل ضروری به نظر رسید. هدف کاربردی این پژوهش دستیابی به اطلاعات عمیقی از تجارب اعضای خانواده بیماران ترومایی در مواجهه با نگهداری و مراقبت از این بیماران پس از ترخیص از بیمارستان و کشف مفاهیم اساسی در زمینه مشکلات این خانواده‌ها در این زمینه و ارائه پیشنهاداتی برای روند مراقبت آن‌ها و ارتقا سطح سلامت خانواده‌ها است.

روش بررسی:

این مطالعه با روش کیفی و با رویکرد پدیدارشناسی انجام شده است. تحقیق پدیدارشناسی از روش توصیفی استقرایی مشتق شده و از فلسفه پدیده‌شناسی سرچشمه می‌گیرد که تأکید آن بر شناخت ذات و ماهیت پدیده‌ها می‌باشد و تنها بر فهمیدن قسمت معین یا پاره‌ای از رفتار فرد بسنده نمی‌کند، بلکه محوریت آن فهمیدن کل پاسخ‌های موجود انسانی است (۱۴). مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، اعضای خانواده بیماران ترومایی هستند که از بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان دکتر فاطمی

اردبیل ترخیص شده‌اند. این پژوهش در طی ۶ ماه از بهمن ماه سال ۱۳۹۳ تا تیر ماه سال ۱۳۹۴ انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شده است. در این روش محقق با آگاهی نسبت به انتخاب نمونه‌ها اقدام می‌نماید. افراد به‌دلیل آگاهی از موضوع تحقیق انتخاب می‌شوند و محقق افراد را براساس معیارهای مشخص شده انتخاب می‌نماید (۱۵)؛ بنابراین در پژوهش حاضر نیز از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شده تا از افرادی که دارای تجارب غنی در این زمینه هستند، استفاده شود. معیار ورود اولیه شامل تمایل به همکاری در مطالعه، زندگی با بیمار، تشخیص ترومایی بودن توسط متخصصین، عدم وجود هرگونه معلولیت یا ناتوانی بیمار آن‌ها قبل از بروز تروما، ترخیص شده از بخش ویژه و بیمارستان و گذشت (زود هنگام و طی ۳۰ روز پس از ترخیص) توجه پژوهشگران و متولیان بخش سلامت به سوی یافتن راه‌هایی جهت کاهش پذیرش‌های مجدد بیمارستانی و قابل پیشگیری معطوف کرده است (۱۳). در مرحله اول اعضای خانواده سعی می‌کنند تا مشکلات را به‌عنوان بخشی از زندگی روزانه بپذیرند و بتوانند در مواجهه با آن‌ها تکانه‌ها و هیجان‌های خود را کنترل کنند، در همین راستا افراد باید مشکل را درک کنند و از آن تعریف عملیاتی ارائه دهند. جهت رسیدن به این مرحله اعضای خانواده نیازمند چندین هفته زمان پس از مواجهه با بحران هستند (۱۶)؛ بنابراین پس از مشورت با اساتید مربوطه و هم نظری با ایشان تصمیم گرفته شد که به‌منظور کاهش شوک نگهداری مراقبین خانوادگی پس از ترخیص از بیمارستان و همکاری بهتر جهت رسیدن به نتایج واقعی‌تر، مدت زمان یک ماه پس از ترخیص در نظر گرفته شود. معیار خروج از مطالعه عدم تمایل به همکاری نمونه‌ها در هر مرحله‌ای از مطالعه بود.

نمونه‌گیری بدون استفاده از هیچ آزمون یا مضرری، از بین افرادی که به‌طورمستقیم با مسئله پژوهش

در ارتباط بودند، تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی ادامه پیدا کرد (۱۷). در این پژوهش پس از انجام مصاحبه با ۹ خانواده (۱۳ نفر) اشباع اطلاعاتی حاصل گردید و هیچ داده‌ی جدیدی استخراج نگردید.

در این تحقیق به منظور جمع‌آوری اطلاعات از روش مصاحبه بدون ساختار استفاده شد. در این روش پژوهشگر از طریق ارتباط کلامی با نمونه‌ها به جمع‌آوری داده‌ها می‌پردازد، پرسش‌های خود را مطرح و پاسخ آن‌ها را دریافت و ثبت می‌کند، در واقع محقق با یک سری سوالات ترتیب‌یافته و با عبارات مشخص شروع نمی‌کند، بلکه با پرسیدن سوالات کلی شروع می‌کند و سوالات بعدی را بر مبنای پاسخ‌های مصاحبه شونده به تدریج می‌پرسد (۱۶)؛ بنابراین پژوهشگر مصاحبه را با سوال اصلی «تجربه شما در اولین برخورد با مراقبت از بیمار چیست؟» آغاز نمود و سوالات بعدی براساس پاسخ مشارکت کنندگان شکل گرفت. مصاحبه‌ها رو در رو، عمیق و بدون ساختار صورت گرفته است؛ همچنین در حین مصاحبه از سوالاتی مانند «می‌توانید بیشتر توضیح دهید» و یا «منظور شما این است» در جهت هدایت مصاحبه استفاده شد. مصاحبه‌ها با حداقل هدایت شرکت‌کنندگان در مدت ۳۰

تا ۴۵ دقیقه صورت گرفته که در این مدت زمان به اشباع اطلاعاتی دست یافته شد.

پژوهشگر پس از انجام مصاحبه و استخراج اطلاعات و کدگذاری، جهت اعتمادپذیر کردن داده‌ها، مجدداً به نمونه‌ها مراجعه نموده و موافقت آن‌ها را با برداشت او از مطالب بررسی کرده و به این ترتیب ارزیابی نمونه‌ها از مطالب نسخه‌برداری شده، مورد تأیید قرار گرفت و همچنین مطالب مهم احتمالی مورد بحث و شفاف‌سازی قرار گرفت و از این طریق توافق و تأیید نمونه‌ها حاصل شد.

در این مطالعه به منظور دستیابی به هدف پژوهش مصاحبه با ۹ خانواده‌ی بیماران ترومایی، در مجموع ۱۳ نفر که شامل ۴ همسر، ۲ مادر، ۱ خواهر، ۲ پدر، ۱ عروس، ۱ مادر بزرگ و ۱ عمو و ۱ زن عمو به دلیل فوت والدین و سرپرست قانونی یک بیمار، صورت گرفت. لازم به ذکر است، مصاحبه با تمامی اعضای خانواده که با بیمار در ارتباط بوده و با آنان زندگی می‌کردند، انجام گردید. محدوده سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۴ تا ۶۱ سال می‌باشد. مشخصات فردی شرکت‌کنندگان در جدول شماره یک ذکر شده است.

جدول شماره ۱: مشخصات فردی شرکت‌کنندگان در مطالعه

شرکت‌کننده	جنس	سن	تحصیلات	وضعیت تأهل	طول مدت مراقبت
شماره ۱	زن	۳۳	بی‌سواد	متأهل	۲ سال
شماره ۲	زن	۲۴	پنجم ابتدایی	متأهل	۸ ماه
شماره ۳	زن	۳۱	دیپلم	متأهل	۳ ماه
شماره ۴	زن	۳۲	بی‌سواد	متأهل	۲ سال
شماره ۵	زن	۳۰	بی‌سواد	مجرد	۸ ماه
شماره ۶	زن	۵۰	بی‌سواد	متأهل	۸ ماه
شماره ۷	زن	۳۲	لیسانس	متأهل	۴ ماه
شماره ۸	زن	۶۱	بی‌سواد	متأهل	۴ ماه
شماره ۹	مرد	۵۶	دیپلم	متأهل	۶ ماه
شماره ۱۰	زن	۴۵	دیپلم	متأهل	۶ ماه
شماره ۱۱	مرد	۵۴	پنجم ابتدایی	متأهل	۵ ماه
شماره ۱۲	زن	۶۰	بی‌سواد	متأهل	۸ ماه
شماره ۱۳	زن	۳۰	لیسانس	متأهل	۸ ماه

نمونه‌گیری بدین صورت گرفته است که پژوهشگر با مراجعه به بخش مراقبت‌های ویژه جراحی، با استفاده از دفتر ترخیص بیماران و راهنمایی مسئول بخش، افرادی را که دارای انواع تروما (ترومای شکم، ترومای چشم، مولتی تروما، ترومای سر و...) و با در نظر گرفتن مدت زمان بستری بودن در بخش ویژه و همچنین ساکن بودن بیماران در شهر اردبیل و طبق معیارهای ورود به مطالعه، استخراج نمود. پس از اخذ شماره تلفن، با خانواده این بیماران تماس گرفته شد و ضمن معرفی خویش به اعضای خانواده و بیان کامل اهداف پژوهشی خود به آنان در صورت تمایل به همکاری، محیطی راحت و امن را برای انجام مصاحبه انتخاب نمودند. مصاحبه‌ها طبق توافق خانواده‌ها در ۷ مورد در منازل آنان، یک مورد محل کار پدر بیمار و یک مورد در اتاق استراحت پرستاران بخش ویژه بیمارستان دکتر فاطمی انجام شد.

محقق پس از حضور در مکان مورد نظر ضمن برقراری ارتباطی روشن، واضح و اطمینان دادن نسب به رعایت ملاحظات اخلاقی اقدام به انجام مصاحبه رودررو، عمیق و بدون ساختار با سوالات باز نمود. در پایان هر مصاحبه، پژوهشگر ضمن تشکر از شرکت کنندگان، احتمال دیدار مجدد یا تماس تلفنی با آنان را به منظور تکمیل یا شفاف سازی مصاحبه‌های صورت گرفته، اعلام نموده و رضایت آنان را در این زمینه جلب کرد.

جهت انجام پژوهش علاوه بر کسب اجازه از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی استان اردبیل، از کمیته اخلاق دانشگاه تأییدیه دریافت و با کد اخلاق به شماره ۱۳۹۴۰۴۰۵۷ ثبت گردید. علاوه بر موارد فوق توضیحات کافی درباره اهمیت و اهداف تحقیق، محرمانه بودن مشخصات و اطلاعات اجازه استفاده از ضبط صدا به هنگام مصاحبه، عدم هرگونه اجبار یا تهدید جهت شرکت در پژوهش و اختیار انصراف در هر مرحله از تحقیق به هر یک شرکت کنندگان داده شد.

مشارکت کنندگان در تحقیق فرم رضایت آگاهانه را امضا کردند.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش ۷ مرحله‌ای کلایزی (Colaizzi) استفاده شده است.

در مرحله اول کلایزی، مصاحبه‌های ضبط شده چندین بار گوش داده شد و کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده گردید و حاصل کار چندین بار با صدای ضبط شده مقایسه و با دقت مورد بررسی قرار گرفت.

در مرحله دوم کلایزی، به منظور استخراج اطلاعات معنی‌دار، به هریک از گفته‌ها بازگشته و جملات مهم و مرتبط با پدیده مورد مطالعه با روش زیر خط‌دار کردن مشخص شدند. این مرحله را به عنوان استخراج «بیانات مهم» می‌شناسند.

در مرحله سوم کلایزی، معنای زیربنای هریک از بیانات مهم مرتبط با پدیده مورد مطالعه، که تحت عنوان «معانی فرموله‌شده» شناخته می‌شوند، استخراج گردیدند. در مرحله چهارم کلایزی، پژوهشگر پس از بازخوانی مکرر کدها و تکرار مرحله سوم، مفاهیم فرموله‌شده را درون دسته‌ها و خوشه‌های موضوعی قرار داده و تا رسیدن به دسته‌های تم یا همان موضوعات اصلی، کار را ادامه داده است. در مرحله پنجم کلایزی، نتایج با هم تلفیق می‌شود تا توصیف جامعی از پدیده تحت مطالعه حاصل گردد. در این مرحله ارتباطات تم‌ها و نحوه تشکیل آن‌ها توضیح داده می‌شود.

در مرحله‌ی ششم تدوین توصیف جامعی از پدیده‌ی تحت مطالعه تا حد امکان با بیانی واضح و بدون ابهام صورت گرفت و در مرحله هفتم یافته‌ها برای تأیید اعتبار به شرکت کنندگان در مطالعه ارجاع داده شد و آن‌ها نظرات خود را در مورد هماهنگی یافته‌ها با تجربیات خود به پژوهشگر ابراز کردند و به این ترتیب اعتبار نهایی به دست آمد.

در فرایند تحلیل از نظرات ۲ نفر از افراد متخصص در زمینه آنالیز داده‌ها استفاده شد. پژوهشگر پس از انجام مصاحبه و استخراج اطلاعات و

کدگذاری، جهت اعتمادپذیر کردن داده‌ها، مجدداً به نمونه‌ها مراجعه نموده و موافقت آن‌ها را با برداشت او از مطالب بررسی کرده و به این ترتیب ارزیابی نمونه‌ها از مطالب نسخه‌برداری‌شده، مورد تأیید قرار گرفت و همچنین مطالب مهم احتمالی، مورد بحث و شفاف سازی قرار گرفت و از این طریق توافق و تأیید نمونه‌ها حاصل شد. به منظور حصول اطمینان از موثق بودن داده‌ها، محقق تلاش خود را برای جمع‌آوری اطلاعات مبتنی بر تجربه، متمرکز ساخت که این خود به عینی‌بودن داده‌ها کمک نموده و روشی برای تأیید موثق بودن اطلاعات خواهد بود (۱۸).

یافته‌ها:

یافته‌های به دست آمده در ارتباط با مواجهه غیرمنتظره در مراقبین خانوادگی بیماران ترومایی در دو درون‌مایه پدیدار گشت که شامل شوک اولیه و تصور سخت و غیرممکن بودن مراقبت از بیمار بود.

درون مایه شوک اولیه شامل زیر طبقه‌های عدم باور وضعیت موجود و مقصر دانستن خود و اطرافیان می‌باشد که هر کدام از این مفاهیم به صورت جداگانه مورد بررسی قرار می‌گیرد. عدم باور وضعیت موجود: مراقبین خانوادگی پس از مطلع شدن از این موضوع که پس از این، امر مراقبت و نگهداری از بیمارانی که برخی از آنان با سطح هوشیاری پایین و دارای لوله تراکئوستومی و یا گاستروستومی و ... هستند دچار این احساس می‌شوند که این موضوع غیر ممکن است. آن‌ها معتقد بودند که این بیماران باید تا موقع بهبودی کامل در بیمارستان بمانند تا بهبود یابند و نگهداری از آن‌ها در منزل ممکن نخواهد بود. بعضی از آن‌ها به دلیل عدم قبول این موضوع از ترخیص کردن بیمار خود امتناع می‌ورزند. برای نمونه یکی از مشارکت کنندگان در این زمینه گفت: «باید بیمار من کاملاً بهبود پیدا کند و بتواند کاملاً با من به خوبی صحبت کند و یا اینکه کارهای شخصی خود را انجام دهد و بعد از آن من او را با خود به خانه ببرم ...» شرکت کننده شماره ۹.

مشارکت کننده دیگری گفت: «اصلاً مگه ممکن هستش که بیماری با این وضعیت از بخش ویژه مرخص شود. او که هنوز سر پا نشده چطور می‌تواند او را ترخیص کنند ...» شرکت کننده شماره ۱۳.

مشارکت کننده شماره ۴ گفت: «... روزهای اول من خیلی می‌ترسیدم اصلاً نمی‌تونستم تنها باهاش بمونم بابام می‌اومد پیشمون می‌موند. می‌ترسیدم حالش خراب شه یا تشنج کنه من دست تنها بمونم و اینکه زیاد نمی‌دونستم که باید چیکار کنم. ساکشن کردن رو بلد نبودم. اوایل حالم به هم می‌خوردم ولی بعدها یاد گرفتم ...». یکی دیگر از مشارکت کنندگان در زمینه ترس از ناتوانی در انجام مراقبت گفت: «من قبول نمی‌کردم، می‌ترسیدم، نمی‌خواستم که برادرم با این وضعیتی که هنوز تو کماست مرخص بشه... ما تنها بودیم باز می‌گم که بیمارستان وقتی ترخیص کرد کاملاً خوب نشده بود، می‌ترسیدم بیارم خونه...» شرکت کننده شماره ۵.

مقصر دانستن خود و اطرافیان: برخی از مراقبین خانوادگی در مورد بیمار شدن عزیزشان و بروز این بحران خود و یا اطرافیان‌شان را مقصر می‌دانند. برای نمونه تعدادی از مشارکت کنندگان در این زمینه گفتن: «۷ سال از ازدواج مان می‌گذرد و ما در این مدت بچه‌دار نشده‌ایم. خیلی تلاش کردیم اما فایده‌ای نداشت همیشه به خدا می‌گفتم آخه چرا به ما یه بچه نمی‌دی که شوهرم تصادف کرد. فکر می‌کنم که حرف‌های من باعث شد که این اتفاق افتاد...» شرکت کننده شماره ۱.

«بچه‌ی من خیلی سالم بود. هیچ وقت کاری نکرد که دیگران رو آزار بده اما بالاخره دوستای بد و ناباب باعث شدن که اون شب باهاشون بره گردش و بعدش هم تصادف کنه و اینجوری بشه. امان از دست اونا...» شرکت کننده شماره ۵.

درون‌مایه مواجهه با بیمار و مراقبت پس از ترخیص از بیمارستان خانواده‌ها خود را در مقابل کوهی از مشکلاتی می‌بینند که اطلاعاتی زیادی در مورد آن ندارند و مراقبت از بیمار و تمام جنبه‌های مراقبت را بسیار سخت و دشوار توصیف کردند. درون مایه مواجهه با بیمار و مراقبت

شامل زیر طبقه‌های احساس ناتوانی در نگهداری از بیمار و تصور سخت و غیرممکن بودن مراقبت از بیمار است که هر کدام از این مفاهیم به صورت جداگانه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

احساس ناتوانی در نگهداری از بیمار: سخت بودن امر مراقبت و غم عمیق در این مورد، بروز مشکلات متعدد مراقبتی و عذاب کشیدن در نگهداری از بیمار از مهم‌ترین مواردی هستند که معمولاً مراقبین خانوادگی در روزهای اول پس از ترخیص با آن‌ها مواجه می‌شوند برای نمونه مشارکت‌کنندگان در این زمینه گفتند: «خیلی عذاب کشیدیم و هنوز هم نتوانستیم باور کنیم و سخت با این قضیه کنار اومدیم. خدا رو شکر علی برامون مونده. ولی کلاً باید صبر و تحمل داشت تا بتونیم این مسئله رو قدم به قدم حل کنیم...» شرکت‌کننده شماره ۱۱.

«... پسر اولم از وقتی به دنیا اومده مشکل در راه رفتن و صحبت کردن داشت. ۵ ساله که داریم مداواش می‌کنیم و تازگی‌ها می‌تونه دیگه کمی راه

بره و حرف بزنه. کمی بهتر شده بود وضعیتمون ولی با این وضع مینا دوباره شروع کردن دوا و درمان واقعاً برامون سخته...» شرکت‌کننده شماره ۱۰.

تصور سخت و غیر ممکن بودن مراقبت از بیمار: روبرو شدن با امر مراقبت از بیمار و نگهداری او در منزل و رسیدگی به تمام خواست‌های وی برای خانواده‌ها دور از انتظار می‌باشد. آن‌ها معمولاً از وضعیت بیمار و یا مشکلات مراقبتی در رنج به سر می‌برند؛ همچنین نوعی احساس ترس در نگهداری از بیمار در منزل در خانواده‌ها وجود دارد. در چنین لحظاتی خانواده‌ها خواستار صبر و تحمل درمقابل وضعیت بیمار را دارند.

«... به نظر من در نگهداری از یه همچین بیمارهایی تو خونه باید مثل بیمارستان یه چند نفری باشند که شیفی مثل پرستار پیش بیمار بمونن. تنهایی نمی‌شه از پس این مریض بر اومد...» شرکت‌کننده شماره ۱۲.

جدول شماره ۲: نحوه تشکیل درون‌مایه اصلی و زیر درون‌مایه

کد	طبقه	درون‌مایه	زیر درون‌مایه
۱. احساس غیر منتظره	شوک اولیه	عدم باور وضعیت موجود	عدم باور وضعیت بیماری همسر، انکار بیماری، تردید در قبول بیمار، اعتراض به ترخیص زودهنگام، اضطراب و ناراحتی شدید، ترس از وضعیت درمانی و نگهداری، اضطراب شدید در روزهای اول پس از ترخیص بیمار، ترس از ترخیص بیمار، ترس از قبول بیمار در منزل، اضطراب ناشی از تفکر در مورد وضعیت بیمار
	مواجهه با بیمار و مراقبت	مقصر دانستن اطرافیان و خود	تقصیر را به دیگری انداختن، احساس گناه نسبت به افکار خود، عدم اعتماد به اطرافیان
		احساس ناتوانی در نگهداری از بیمار	غم عمیق مراقب به خاطر مشکلات مراقبتی، حساس رنج و عذاب در نگهداری از بیمار، صبر و تحمل در مقابل خواست‌های بیمار
		تصور سخت و غیرممکن بودن مراقبت از بیمار	رنج بردن از وضعیت بیمار، سخت بودن امر مراقبت، سختی کشیدن در نگهداری بیمار

بحث:

یافته‌ها نشان داد پدیده مراقبت فرایندی چالش‌برانگیز بوده و بر تمامی ابعاد زندگی مراقبین سایه می‌اندازد. مراقبین در طول فرایند مراقبت عواملی را تجربه می‌کنند که ماهیت آن موجب تسهیل یا سختی در برقراری تعادل بین نقش‌ها و

فعالیت‌های مختلف زندگی مراقب و نحوه مراقبت از بیمار می‌شود. نگهداری از بیماران ترومایی که به دلایل مختلفی در بخش‌های ویژه بستری بوده‌اند باعث می‌شود که مراقبین دچار نوعی بحران و به هم خوردن الگوهای عملکردی آنان شود. در ابتدا مراقبین

صورت گیرد، زیرا پس از بازگشت به جامعه ممکن است به سوی انواع اختلالات از جمله دمانس، آلزایمر و دیگر بیماری‌ها بروند که می‌تواند به از هم گسیختگی کانون خانواده، از دست دادن فرصت کاری، ظرفیت کار و انزوای احتمالی بیمار منجر شود که این مشکلات خانواده را با چالش‌های مهم مراقبت ویژه مواجه می‌سازد (۲۲).

نتیجه‌گیری:

با توجه به نتایج مطالعه، اکثر خانواده‌ها از پذیرش بیمار خودداری می‌کنند و تصور می‌نمایند ترخیص زود هنگام از بیمارستان انجام شده است. این مراقبین در روزهای ابتدای پس از ترخیص از بیمارستان دوران پراسترسی را پشت سر می‌گذارند و به علت مواجهه با مراقبت از بیمار دچار شوک می‌گردند؛ لذا پیشنهاد می‌شود جهت سازگاری بهتر خانواده‌ها با شرایط بیمار، توسط پرستاران و مسئولین به خوبی توجیه شده و مورد حمایت لازم و کافی، قرار گیرند.

باتوجه به یافته‌های پژوهش حاضر جهت ارائه مراقبت و حمایت بهتر مراقبین خانگی در بیماران ترومایی ۱- آگاه نمودن و فراهم کردن دوره‌های آموزشی مناسب برای تیم درمانی مراکز ترومایی از جمله پزشکان و پرستاران از تجارب خانواده بیماران ترومایی جهت درک بهتر مسائل آن‌ها؛ ۲- ارتقاء سیستم‌های حمایت اقتصادی و اجتماعی به منظور کاهش تنش‌های وارد شده به خانواده‌ها و بهبود سازگاری موفقیت‌آمیز آن‌ها، ایجاد مراکزی جهت نگهداری بیماران ترومایی و یا کمک در جهت نگهداری آنان در منزل، پیشنهاد می‌شود.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

اگرچه تروما باعث ورود خانواده به یک بحران، تغییر نقش‌ها، ایجاد مشکلات بسیاری از جمله مشکلات اقتصادی، عاطفی، اجتماعی می‌شود، اما موجب حضور خانواده در تمام لحظات در کنار بیمار خود و حمایت

خانوادگی نمی‌توانند وضعیتی که پیش آمده را به‌خوبی درک کنند و با آن کنار آیند، تحقیقات ضرغام نیز در همین راستا بیان می‌کند که در واقع در طول این فرایند، فرد با توجه و تمرکز زیاد، سعی می‌کند با دقت مشخص سازد که چه اتفاقی افتاده است و این اتفاق در مقایسه با تجارب قبلی او چه جایگاهی را پیدا می‌کند. فرآیند ثانویه، شامل واقعیتی تعبیر می‌شود که در نتیجه‌ی نشخوار فکری و یافتن تبیین‌هایی بر اینکه "چه اتفاقی افتاده؟" و "چرا این اتفاق به وجود آمده است؟" بنا شده است. محصول این فرایند، معنادهی به حادثه قلمداد می‌شود (۱۹).

باتوجه به صحبت شرکت کنندگان، بستری شدن در بخش ویژه، بسیار دردناک است. برخی از آنان خود ویا اطرافیان را عامل ایجاد بحران می‌دانند، نویدیان و همکاران معتقدند بستری شدن در بیمارستان در فرهنگ‌های مختلف به ویژه در فرهنگ خانواده محور ایرانی معمولاً تداعی کننده صدمه، آسیب و افزایش خطر مرگ و از دست دادن و بروز مسایل غیرقابل پیش‌بینی در سلامت عضو خانواده و تغییر در عملکرد و ترکیب خانواده است و این خود باعث بروز واکنش‌های روانشناختی در اعضای سالم خانواده است (۲۰).

یافته‌های مطالعه نشان داد که به دلیل بروز ناگهانی تروما، مراقبین خانوادگی دچار نوعی عدم پذیرش، احساس ناتوانی در مراقبت از بیمار، عدم قبول ترخیص در این زمان و ترس از مواجهه با بیمار در منزل می‌شوند. تحقیقات Figueroa نیز با یافته‌های پژوهشگر هم‌راستا بود، علاوه بر موارد فوق تحصیلات پایین، پذیرش بدون برنامه بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه و اطلاعات ناقص در رابطه با وضعیت بیمار را به عنوان سایر عوامل خطر تأثیرگذار در بروز واکنش‌های روانی در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه گزارش نمود (۲۱).

طبق بیان شرکت کنندگان مراقبت از بیمار در منزل با چنین شرایطی غیر ممکن می‌باشد، آنان از ایجاد مشکلات جسمی ایجاد شده در بیماران، احساس غم عمیق می‌کنند. Mann و همکاران نیز به این موضوع اشاره می‌کند که بیماران دچار ضربه مغزی از نظر پیشرفت علایم شدیداً در معرض خطرند. ارزیابی و درمان صحیح باید در آن‌ها

پژوهشگر تلاش نمود با جلب اطمینان مراقبین تا حدود زیادی بر این محدودیت غلبه نماید.

مقاله حاضر برگرفته از روی پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری می باشد و محدودیت زمانی امکان درگیری مداوم و طولانی مدت با مشارکت کنندگان را کاهش داده است. بهره گیری از تجارب اقوامی به جزء والدین به عنوان سرپرست بیمار، که سبب غنای تجربیات به دست آمده در زمینه مراقبت از بیماران ترومایی شد.

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از کلیه عزیزانی که در انجام این تحقیق همکاری داشته اند، تقدیر و تشکر می گردد.

صبرانه از او تا رسیدن به مرحله بهبودی می شود. این مسئله اهمیت نقش خانواده را در بهبود بیمار و تسهیل مسیر درمانی مطرح می کند که هرگز نباید نادیده گرفته شود. بنابر این از نتایج پژوهش حاضر می توان جهت افزایش دانش و آگاهی پرستاران، پزشکان، برنامه ریزان و سیاستگذاران بخش سلامت، در راستای بهینه سازی و ارتقا برنامه های مدیریتی، آموزشی و درمانی به منظور دستیابی به حداکثر کارایی و توانمندسازی مجدد خانواده ها و بیماران آنان بهره جست. عدم تمایل برخی از مراقبین به صحبت در مورد تمام جنبه های مراقبتی از بیمار خود جهت پیشگیری از ناراحت کردن بیمار خود، سبب می شود احتمالاً تمام تجربیات این مراقبین در اختیار تیم تحقیق قرار نگرفته باشد، این مسئله می تواند از تعمیم پذیری نتایج بکاهد، گرچه

منابع:

1. Alim M, Lindley R, Felix C, Gandhi DB, Verma SJ, Tugnawat DK, et al. Family-led rehabilitation after stroke in India: The ATTEND trial, study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2016; 17: 13.
2. O'Brien K, Bracht M, Robson K, Ye XY, Mirea L, Cruz M, et al. Evaluation of the family integrated care model of neonatal intensive care: A cluster randomized controlled trial in Canada and Australia. *BMC Pediatrics*. 2015; 15(2): 300-30.
3. Cottrell L, Zatezalo J, Bonasso A, Lattin J, Shawley S, Murphy E, et al. The relationship between children's physical activity and family income in rural settings: A cross-sectional study. *Preventive Medicine Reports*. 2015; 2: 99-104.
4. Parent K, Jones K, Phillips L, Stojan JN, House JB. Teaching patient- and family-centered care: Integrating shared humanity into medical education curricula. *AMA Journal of Ethics*. 2016; 18(1): 24-32.
5. Telman MD, Overbeek MM, de Schipper JC, Lamers-Winkelmann F, Finkenauer C, Schuengel C. Family functioning and children's post-traumatic stress symptoms in a referred sample exposed to interparental violence. *Journal of Family Violence*. 2016; 31: 127-36.
6. Mann CM, Ward DS, Vaughn A, Benjamin Neelon SE, Long Vidal LJ, Omar S, et al. Application of the Intervention Mapping protocol to develop Keys, a family child care home intervention to prevent early childhood obesity. *BMC Public Health*. 2015; 15: 1227.
7. Aas M, Andreassen OA, Aminoff SR, Faerden A, Romm KL, Nesvag R, et al. A history of childhood trauma is associated with slower improvement rates: Findings from a one-year follow-up study of patients with a first-episode psychosis. *BMC psychiatry*. 2016; 16: 126.
8. Rippin A. Evidence-based design: Structuring patient- and family-centered ICU care. *AMA Journal of Ethics*. 2016; 18(1): 73-6.
9. Abu-Zidan FM. Advanced trauma life support training: How useful it is? *World Journal of Critical Care Medicine*. 2016; 5(1): 12-6.
10. Ploeg J, Kaasalainen S, McAiney C, Martin-Misener R, Donald F, Wickson-Griffiths A, et al. Resident and family perceptions of the nurse practitioner role in long term care settings: A qualitative descriptive study. *BMC Nursing*. 2013; 12(1): 24.
11. Walsh A, Moore A, Barber A, Opsteen J. Educational role of nurse practitioners in a family practice centre: Perspectives of learners and nurses. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*. 2014; 60(6): e316, e8-21.

12. Sayers SL, Farrow VA, Ross J, Oslin DW. Family problems among recently returned military veterans referred for a mental health evaluation. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2009; 70(2): 163-70.
13. Mansourian M, Ahdari H, Zamani Alavijeh F, Ghorbani M, Rahimzadeh H, Shafieian Z. Explaining the reasons for the use of shared needles among intravenous drug users in Ahvaz: a qualitative study. *Journal of Medical Science*. 2012; 101(19): 39-2.
14. Booth A. Searching for qualitative research for inclusion in systematic reviews: a structured methodological review. *Systematic Reviews*. 2016; 5: 74.
15. Hansson CH, Wennick A. How do patients with peripheral arterial disease communicate their knowledge about their illness and treatments? A qualitative descriptive study. *BMC Nursing*. 2016; 29(15): 300-315.
16. Markson L, Lamb ME, Losel F. The impact of contextual family risks on prisoners' children's behavioural outcomes and the potential protective role of family functioning moderators. *The European Journal of Developmental Psychology*. 2016; 13(3): 325-40.
17. Bannon L, McGaughey J, Clarke M, McAuley DF, Blackwood B. Impact of non-pharmacological interventions on prevention and treatment of delirium in critically ill patients: protocol for a systematic review of quantitative and qualitative research. *Systematic Reviews*. 2016; 5: 75.
18. Morris AM, Ricci KA, Griffin AR, Heslin KC, Dobalian A. Personal and professional challenges confronted by hospital staff following hurricane sandy: A qualitative assessment of management perspectives. *BMC Emergency Medicine*. 2016; 16(1): 18.
19. Zargham Hajebi M. Adaptive effects of trauma: A review paper. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2009; 22(11): 7-11. [Persian]
20. Navidian A, Sarhadi M, Kaykhaee A. The psychological reactions of family members of the patients admitted in intensive care units and public and comparison with the general population. Center for Nursing Care Research, *Iran Journal of Nursing*. 2013; (26) 86: 16-28. [Persian]
21. Ortiz Figueroa F, Moftakhar Y, Dobbins Iv AL, Khan R, Dasgupta R, Blanda R, et al. Trauma boot camp: A simulation-based pilot study. *Cureus*. 2016; 8(1): e463.
22. Mann CM, Ward DS, Vaughn A, Benjamin Neelon SE, Long Vidal LJ, Omar S, et al. Application of the Intervention Mapping protocol to develop Keys, a family child care home intervention to prevent early childhood obesity. *BMC Public Health*. 2015; 15: 1227.

Experiences of family from caring patient suffering from trauma: A qualitative study

Motaghi M¹, Assadisharif F^{2*}

¹Khorasgan Branch Islamic Azad University Isfahan, Isfahan, I.R. Iran. ²Student, Khorasgan Branch Islamic Azad University Isfahan, Isfahan, I.R. Iran.

Received: 17/Mar/2016

Accepted: 7/Aug/2016

Background and aims: Among all institutions, organizations and social institutes, family has most important, valuable and effective role which leads to its important duty in patient care after discharge. The present study aims to explain the families caring experiences of traumatic patients after discharge from special care unit of Dr. Fatemi hospital regarding confronting with patient care at home in Ardebil.

Methods: In the study, a qualitative approach by phenomenology method was used. Sampling method was purpose-based and selected from special cares section of Dr. Fatemi hospital. For data collection, unstructured deep interview, until data saturation, was used which finally number of participants reached to 13 persons and data analysis was done by Colaizzi seven-stage method.

Results: Analysis of experiences of participants led to detection of 241 initial codes and making themes of initial shock with sub-conception of "not believing the present situation", "Self- and Other-Blame", "confronting with patient" and "care" with sub-conceptions of "feeling inability in patient care" and conception of "being hard and impossible the patient care" as sub-stratum of "unexpected encounter".

Conclusion: According to gathered findings, families in first days after discharge have a high-stress time regarding patient condition and their care conditions at home and for better compatibility need to help of the treatment team and governmental organizations and correct protection of the families is a necessary step.

Keywords: Life experiences, Traumatic patients, Patient care.

Cite this article as: Motaghi M, Assadisharif F. Experiences of family from caring patient suffering from trauma: A qualitative study. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2016; 5(4): 90-100.

***Corresponding author:**

Islamic Azad University Isfahan Khorasgan Branch, Isfahan, I.R. Iran, Tel: 00989144556648,
E-mail: f.asadi.sharif@gmail.com